

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mai 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Rondi et M. Chevalley, assesseurs
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Maxime Rocafort, avocat
à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
vevey, intimé.

**Art. 6, 7, 8, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28a, 28b, 29 al. 1 LAI ; 24^{septies}, 27 et
27^{bis} RAI**

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'une licence universitaire en [...], a travaillé dès le 15 août 2011 auprès de [...] en qualité de [...].

En arrêt de travail dès le 27 janvier 2012, l'assurée a perçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gains de son employeur. A l'initiative de celle-ci, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 juin 2012 en raison d'une asthénie et de douleurs dues à une lithiase vésiculaire. Cette demande a été rejetée par décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton [...] du 18 février 2013 en raison d'un manque de collaboration de l'assurée malgré une sommation, décision à laquelle l'assurée a réagi en écrivant le 6 mars 2013 qu'elle avait le souhait de voir son dossier annulé car son « cas maladie a[vait] été bouclé ».

B. Le 14 septembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en notant qu'elle subissait une incapacité de travail depuis le 1^{er} février 2013 en relation avec une faiblesse musculaire depuis une « grave triche médicale » et un syndrome de stress post-traumatique après des agressions et menaces de mort émanant de son médecin en 2012.

Le service des ressources humaines de l'[...] a rempli le questionnaire pour l'employeur le 30 janvier 2018, indiquant notamment que l'assurée avait résilié son contrat de travail par courrier du 29 novembre 2012 avec effet au 28 février 2013.

Le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a rempli un questionnaire médical de l'AI le 14 avril 2018. Précisant suivre l'assurée depuis août 2015, il a posé le diagnostic incapacitant de syndrome de stress post-traumatique et signalé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status post choleystectomie en 2012 et de lombalgie droite.

Après avoir consulté le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton [...] a rendu un projet de décision de refus le 20 juin 2019, contre lequel l'assurée a fait part de ses objections par courriel du 30 juillet 2018 tandis que le Dr N. _____ indiquait dans un questionnaire médical établi le 24 juillet 2018 que sa patiente présentait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée à ses « multiples » limitations fonctionnelles.

L'instruction de la demande de prestation a été transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), qui a réinterrogé le Dr N. _____. Dans son rapport du 11 novembre 2018, le médecin traitant a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de stress post-traumatique et a précisé que sa patiente prenait un traitement médicamenteux (Rebalance et Temesta) et voyait un psychologue ainsi qu'un coach. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée.

L'assurée ayant indiqué par la suite qu'elle ne voyait pas de psychiatre et que son suivi psychologique avait pris fin, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. L'intéressée a cependant renoncé à se rendre au rendez-vous fixé par un premier expert au motif que le trajet pour s'y rendre était trop long pour elle. Elle n'a ensuite pas honoré le premier rendez-vous fixé par le second expert désigné, plus proche de son domicile, en prétextant s'être cassé le pied et une côte quelques jours avant et, malgré une sommation, ne s'est pas rendue au second rendez-vous proposé par cet expert.

Par décision du 17 octobre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée le 14 septembre 2017, dès lors que la preuve d'une atteinte à la santé invalidante n'avait pas été démontrée faute de collaboration de l'intéressée. L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en

produisant deux rapports médicaux du Dr N._____. Le premier, daté du 27 septembre 2019, indiquait que le suivi actuel consistait en une consultation hebdomadaire et que la patiente présentait un état psychique labile à la suite d'un accident, raison pour laquelle elle ne pouvait pas soutenir émotivement un entretien. Dans le second certificat, daté du 22 octobre 2019, le Dr N._____ retenait le diagnostic d'état de stress post-traumatique, en exposant que depuis le début de l'année 2019, la patiente connaissait une péjoration de son état psychique avec une plus grande fragilité, une augmentation des crises d'angoisse et des troubles psychosomatiques post-traumatiques, la persistance de troubles du sommeil et de cauchemars récurrents, ainsi qu'une difficulté certaine actuellement pour les situations stressantes. Le recours a été rejeté par arrêt du 2 mars 2020 (AI 381/19 - 75/2020), dès lors que les pièces médicales au dossier n'étaient pas suffisantes pour évaluer l'état de santé psychique de la recourante et que les motifs donnés par l'assurée pour justifier sa non-participation à l'expertise n'étaient pas étayés, voire contredits par des éléments du dossier.

C. Dans une troisième demande de prestations déposé le 18 novembre 2020, l'assurée a mentionné subir une incapacité de travail depuis le 1^{er} février 2012 en raison d'une lombosciatalgie droite partiellement déficitaire et d'un syndrome de stress post-traumatique. A l'appui de cette demande, elle a produit un rapport établi le 12 décembre 2020 par le Dr N._____, posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de lombosciatalgie droite en augmentation et de gonalgie droite. Le médecin généraliste traitant exposait que l'état de santé de sa patiente s'était péjoré depuis début 2018, en relation avec de nouvelles agressions récentes.

L'OAI a rejeté cette demande par décision du 24 mars 2021, en se référant à l'avis du 11 janvier 2021, dans lequel le SMR relevait que depuis la dernière demande, la situation médicale était inchangée, peu étayée, sans aggravation des atteintes existantes ou nouvelle atteinte incapacitante décrite depuis.

D. L'assurée a déposé une quatrième demande de prestations le 28 octobre 2021 en lien avec une incapacité de travail débutée en février 2021, motivée par une lombosciatalgie droite partiellement déficitaire, un syndrome de stress post-traumatique, une embolie pulmonaire périphérique bilatérale subie en août 2021 et un possible cancer de l'ovaire gauche et du sein droit en attente de biopsies.

Répondant le 30 novembre 2021 à un questionnaire de l'OAI, le Dr N._____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de lombosciatalgie droite et de gonalgie droite. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 25 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 27 janvier 2022.

Dans un rapport du 17 mars 2023, le Dr N._____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de lombosciatalgie droite en augmentation, d'embolie pulmonaire bilatérale sur thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit et de nodules au sein droit et ovaire droit en cours d'investigation. Le médecin généraliste traitant faisait état d'une amélioration globale de l'état de santé psychique et physique, mais avec des périodes de réactivation de l'état de stress post-traumatique face à certains facteurs, telles que les séances au tribunal. Il a joint les rapports médicaux suivants :

- Un rapport de consultation du 2 septembre 2021 du Dr H._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, posant les diagnostics de nodule au sein droit, masse annexielle droit suspecte et utérus myomateux stable. Des ultrasons, une mammographie et une IRM pelvienne étaient programmées.
- Un rapport de consultation établi le 9 septembre 2021 par la Prof. Z._____, spécialiste en angiologie, posant le diagnostic de maladie thromboembolique veineuse avec une thrombose veineuse

distale du membre inférieur droit le 25 août 2021. Un traitement anticoagulant avait été mis en place et un scanner thoracique programmé en raison d'une dyspnée.

Malgré l'avis du SMR du 20 juin 2022 qui relevait l'absence d'élément médical étayant une aggravation de l'état de santé et un premier projet de décision de rejet annulé le 2 septembre 2022 dès lors que l'assurée s'était engagée à collaborer, une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets de médecine interne générale, psychiatrie, rhumatologie et pneumologie a été mise en œuvre auprès du centre d'expertise C._____. Les Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, F._____, spécialiste en pneumologie, W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en rhumatologie, ont déposé leur rapport d'évaluation consensuelle le 18 juillet 2023. Les experts ont retenu les diagnostics d'agoraphobie sans trouble panique (F40.00), d'état de stress post-traumatique (F43.1), d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), de lombalgies mécaniques sur atteinte dégénérative débutante (M543), de lombosciatique droite chronique non déficitaire (M543), de tendinopathie chronique du moyen fessier droit (M760), de dysplasie fibro-kystique mammaire bénigne (N60.1), d'embolie pulmonaire en 2021 (I80.28) sans récurrence, d'asthme allergique (J45.0) et de rhinite allergique (J30.4). Ils ont déterminé des limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes psychiatriques (travail répétitif, sans traitement simultané d'informations multiples, sans sollicitation intellectuelle majeure, travail solitaire en raison de l'agoraphobie), pneumologiques (pas de travail dans un environnement froid, dans la poussière ou exposé aux pollens) et rhumatologiques (nécessité d'une activité à prédominance sédentaire permettant d'alterner les stations debout et assise sans contraintes posturales rachidiennes, pas de mouvements en rotations répétées ou en porte-à-faux du buste, pas d'efforts de soulèvement au-delà de 5 kg depuis le sol, pas de manutention). Sur le plan consensuel, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 4 octobre 2012. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été nulle d'octobre 2012 à fin 2015, de 50 % dès janvier 2016 et de 80 % (taux d'activité de 100 % avec une

baisse de rendement de 20 %) depuis 2017 sous réserve d'une incapacité de travail totale entre le 25 août et le 25 novembre 2021 pour des raisons pneumologiques. Des mesures psychiatriques étaient susceptibles d'améliorer la capacité de travail dans un délai de 6 mois. Les rapports d'expertises spécialisés étaient joints (annexes 1 à 4), ainsi qu'une synthèse du dossier (annexe 5) et des pièces médicales obtenues par les experts directement auprès des médecins traitants ou fournis par l'assurée.

Le SMR a pris connaissance de ce rapport et a soumis des questions complémentaires aux experts, pour clarifier certains points (cf. avis médical du 14 août 2023). Ceux-ci ont déposé un rapport complémentaire le 11 septembre 2023 et le SMR a déclaré se rallier aux conclusions des experts dans son rapport médical du 12 octobre 2023, en relevant que la nécessité de travailler seule énoncée dans les limitations fonctionnelles psychiatriques devait être nuancée puisque l'expert psychiatre avait constaté que l'assurée pouvait surmonter ses craintes avec l'anticipation et l'habitation.

Le 23 octobre 2023, l'OAI a retenu un statut mixte avec 90 % dans la part active et a procédé au calcul du salaire exigible en 2022, qui laissait apparaître un préjudice économique de 50,61 %. Un calcul du salaire exigible en 2024 a également été établi compte tenu d'une modification du règlement applicable, dont il résultait un préjudice économique de 61,17 %. L'OAI a par ailleurs mis en œuvre une enquête économique sur le ménage pour déterminer les empêchements dans la part ménagère. L'évaluatrice a rencontré l'assurée à son domicile le 6 février 2024 et a rendu son rapport le 8 février 2024. Confirmant le statut mixte avec 90 % dans la part active et 10 % dans la part ménagère au motif que les explications de l'assurée (temps partiel complété par des mandats privés) n'étaient pas confirmées par l'extrait de son compte individuel AVS. L'examen des différents postes afférant aux travaux ménagers aboutissait à un taux d'empêchement de 5,83 %.

Le 22 février 2024, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision prévoyant l'octroi d'une rente s'élevant à 52 % d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2022 puis d'une rente s'élevant à 56 % d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2024.

Par décision du 22 avril 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente s'élevant à 56 % d'une rente entière dès le 1^{er} mai 2024, d'un montant de 1'065 fr. par mois. La décision reprenait la motivation du projet du 22 février 2024.

Une seconde décision a été rendue le 12 juin 2024, avec la même motivation, octroyant à l'assurée une rente de 52 % d'une rente entière d'invalidité d'un montant de 965 fr. du 1^{er} avril au 31 décembre 2022, une rente de 52 % d'une rente entière d'invalidité d'un montant de 989 fr. du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023 et enfin une rente de 56 % d'une rente entière d'invalidité d'un montant de 1'065 fr. du 1^{er} janvier au 30 avril 2024.

E. Désormais représentée par Me Maxime Rocafort, B._____ a recouru contre la décision du 22 avril 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 24 mai 2024, concluant principalement à la réforme de la décision en ce sens qu'une rente entière correspondant à un taux d'invalidité de 100 % lui est allouée depuis le 1^{er} avril 2022, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Elle a relaté qu'en janvier 2012, elle avait consulté le Dr V._____, avec qui elle avait ensuite entretenu une relation amoureuse. Ce médecin n'avait pas pris les mesures médicales commandées par son état de santé durant plusieurs semaines, malgré une aggravation rapide nécessitant finalement une intervention chirurgicale en urgence en août 2012. Il l'avait agressée le 4 octobre 2012, puis avait proféré des menaces à son encontre à diverses reprises. En 2014, la recourante avait déposé une plainte pénale, qu'elle avait retirée en conciliation. Elle avait ensuite dénoncé les agissements du Dr V._____ auprès du Conseil de Santé, lequel avait prononcé une sanction en 2016.

Enfin, elle avait engagé une demande en paiement à son encontre auprès de la Chambre patrimoniale pour le préjudice lié à ses manquements, procédure toujours pendante. Cela étant, la recourante contestait la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de C._____, en raison d'inexactitudes dans l'anamnèse et d'une absence d'objectivité des experts. Ceux-ci avaient largement minimisé ses plaintes et sa symptomatologie, respectivement interprété ses explications sur les agissements du Dr V._____ comme des éléments interprétatifs délirants malgré sa proposition de fournir le dossier de la procédure en cours à son encontre. Elle réfutait par ailleurs avoir de la peine à accepter les traitements prescrits par ses médecins. Elle a joint diverses pièces en lien avec ses explications sur les problèmes rencontrés avec le Dr V._____ et a requis la production des enregistrements sonores de ses entretiens avec les experts de C._____, ainsi que l'audition de deux médecins en qualité de témoins. La cause a été ouverte sous la référence AI 153/24.

Selon décision du 23 juillet 2024, déférant à la demande en ce sens présentée le 30 mai 2024, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 mai 2024, comprenant l'exonération d'avances, de frais judiciaires et de franchise mensuelle, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Maxime Rocafort.

Dans un courrier du 5 août 2024, l'intimé a renoncé à déposer une réponse en renvoyant à sa décision du 22 avril 2024 ainsi qu'aux pièces du dossier.

Par acte du 19 août 2024, B._____ a également recouru contre la décision du 12 juin 2024. Développant les mêmes arguments et conclusions, la recourante a requis la jonction avec son premier recours. Cette cause a été ouverte sous la référence AI 237/24.

Se déterminant favorablement à la jonction par courrier du 3 septembre 2024, l'intimé a renvoyé pour le surplus à son écriture du 5 août 2024.

Les causes précitées ont été jointes par ordonnance du 28 août 2024 sous la référence AI 153/24 pour faire l'objet d'une instruction et d'un jugement communs.

Dans un mémoire complémentaire du 6 septembre 2024, la recourante s'est prévalué d'un rapport d'expertise psychiatrique établi le 17 juillet 2024 par la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans le cadre de la cause patrimoniale qui l'oppose au Dr V._____. Joint à l'écriture, ce rapport retenait les diagnostics de troubles de stress post-traumatique (DSM-5, 305.81) et d'autre trouble de la personnalité spécifié, caractéristiques mixtes de personnalité narcissique, histrionique et paranoïaque (DSM-5, 301.89). La Dre J._____ a exposé en particulier ce qui suit :

« (...)

Tant le [trouble de stress post-traumatique] que le trouble de la personnalité sont des facteurs limitant sa capacité de travail. En effet, Mme B._____ ne possède plus actuellement une capacité adaptative suffisante pour travailler en équipe, pour supporter les difficultés et contrariétés liées à un travail, pour gérer les conflits interpersonnels, pour répondre à des exigences de rendement ou faire face à la pression. Ses angoisses ; son besoin d'isolement ; son interprétativité ; sa méfiance ; son impulsivité ; sa réactivité traumatique, avec des manifestations émotionnelles et somatiques bruyantes ; ses accès de colère ; les interférences cognitives quand elle vit un sentiment de préjudice ; la rigidité de son fonctionnement sont autant de limitations fonctionnelles qui empêchent, à mon sens, toute activité sur le premier marché de emploi.

Il y a eu une incapacité de travail suite à son atteinte somatique entre début janvier 2012 et l'automne 2012. Par la suite, Mme B._____ a été capable de travailler dans le domaine entrepreneurial durant l'année 2013, malgré l'agression du 4 octobre 2012. Toutefois, début 2014, le [trouble de stress post-traumatique] encore contenu n'a plus été gérable possiblement dans les suites des menaces et des intrusions de M. V._____ dans sa vie. La progressive rigidification du trouble de la personnalité et finalement les agressions de 2018 et 2019, ont renforcé le tableau clinique mixte. J'estime ainsi que Mme B._____ est en incapacité complète de travail sur le plan psychiatrique depuis début 2014, incapacité qui perdure aujourd'hui.

Mme B._____ a refusé ou écourté toute prise en charge psychothérapeutique, d'une part par évitement de tout ce qui pourrait réactiver les agressions subies, mais probablement aussi en raison de ses difficultés narcissiques à se remettre en question, et la méfiance qu'elle a développée vis-à-vis d'autrui. Je pense

néanmoins, qu'il serait théoriquement nécessaire, pour espérer une amélioration de son état, de bénéficier d'une thérapie approfondie, de type EMDR, associée éventuellement, à un traitement médicamenteux de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine, en cas de rechute dépressive. Cependant, les aspects dysfonctionnels de sa personnalité et ses stratégies d'évitement sont des facteurs défavorables à un engagement dans une thérapie. Si, à l'avenir, Mme B._____ devait trouver la force de s'y confronter, les symptômes en lien avec le [trouble de stress post-traumatique] pourraient diminuer. Le trouble de la personnalité sera néanmoins toujours présent et limitant. Une thérapie autour de ce dernier est possible, mais de pronostic peu favorable en raison de l'âge de Mme B._____, de la rigidité de son fonctionnement, et de sa difficulté à se remettre en question. Le pronostic en termes de recouvrement d'une capacité de gains me semble donc peu favorable.

Concernant ses activités ménagères, Mme B._____ ne présente pas d'atteinte psychique l'empêchant de s'occuper de son ménage. Tout au plus, les douleurs physiques dont elle se plaint qui sont en partie d'origine psychogène dans la mesure où ses angoisses et ses réactivations traumatiques les augmentent, sont susceptibles de l'entraver à certains moments dans les tâches ménagères.

Après lecture de l'expertise AI, je me distancie des conclusions de l'expert, notamment quant à la capacité de gains et en partie quant aux diagnostics retenus. En effet, l'expert AI a retenu les diagnostics de [trouble de stress post-traumatique], d'agoraphobie, et un épisode dépressif léger. A mon sens, l'agoraphobie fait partie des symptômes du [trouble de stress post-traumatique]. Aux dires de Mme B._____, ce symptôme est présent depuis l'agression du 4 octobre 2012 et les menaces qu'elle dit avoir subies par la suite, et il s'est manifesté avant tout dans les situations qui pouvaient avoir un lien avec M. V._____, comme par exemple dans le fait de se sentir mal dans le bus qui s'arrêtait devant [...]. J'estime ainsi que l'agoraphobie est secondaire à ce qu'elle a vécu en lien avec les agressions subies et entre dans le critère du DSM-5 associé au [trouble de stress post-traumatique] de l'« évitement persistant de stimuli ».

L'épisode dépressif léger retenu au moment de l'expertise AI est plausible, mais ne peut plus être retenu actuellement. J'estime en effet, que les symptômes présentés par Mme B._____, soit ses douleurs physiques, tensions musculaires, problèmes digestifs en lien avec ses angoisses et son stress liés notamment aux procédures en cours, sont consécutifs à des réactivations traumatiques, et à ce qui la confronte et met à mal son trouble de personnalité. Par contre, si l'expertisée devait être fortement impactée par exemple par une nouvelle agression, elle serait alors susceptible de vivre un effondrement thymique et un état dépressif caractérisé.

L'expert AI ne retenait pas la présence d'un trouble de personnalité, notamment en raison de « l'absence d'hypertrophie du moi » et l'« absence de rigidité de fonctionnement ». Je m'étonne de ces observations cliniques, compte tenu de ce que j'ai pu mettre en évidence au cours des entretiens d'expertise, et au vu des éléments anamnestiques et des observations d'autrui portés à ma

connaissance. L'expert évoque par contre des « éléments délirants » en lien avec la procédure en cours, observation que je n'ai pas faite. J'émetts l'hypothèse que la manière avec laquelle Mme B. _____ lui a raconté son vécu, sa tendance à l'exagération dans les mots qu'elle choisit, a probablement donné à l'expert le sentiment qu'elle délirait. On pourrait alors reprocher à l'expert de ne pas avoir cherché à en savoir plus sur la situation judiciaire de l'expertisée. J'estime pour ma part, que Mme B. _____ ne présente aucun symptôme psychotique du ressort du délire, étant correctement ancrée dans la réalité.

L'expert AI a complété son propos quant à l'absence de modification durable de la personnalité en relevant l'absence d'« attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, un sentiment de vide et de désespoir, l'impression permanente d'être sous tension ». Il est surprenant de lire que selon cet expert, Mme B. _____ ne vit pas ces symptômes, qui me semblent au contraire prendre une place considérable dans son vécu au quotidien. Toutefois, j'abonde dans l'idée de l'absence de ce diagnostic dans la mesure où Mme B. _____ présentait déjà un trouble mixte de la personnalité à traits narcissiques, paranoïaques et histrioniques avant le [trouble de stress post-traumatique], mais que comme c'est souvent dans les troubles ayant ces caractéristiques, la souffrance et la rigidification ne surviennent que lorsque les événements de vie adverses altèrent le rapport à soi et aux autres. »

L'intimé s'est déterminé le 24 octobre 2024 après avoir soumis l'expertise de la Dre J. _____ à son service médical régional. Celui-ci ayant admis la valeur probante de cette expertise, l'intimé a modifié ses conclusions en proposant la réforme de la décision en ce sens que la recourante a droit, dès le 1^{er} avril 2022, à une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 91 % (invalidité de 100 % dans la part active de 90 % et empêchement de 5,83 % pour la part ménagère de 10 %). Joint à l'écriture, l'avis établi le 17 octobre 2024 par le SMR concluait comme suit :

« Conclusion :

Cette expertise est complète, détaillée ; l'experte a pris en compte tous les documents disponibles dont certains que le SMR ou l'expert précédant ne connaissaient pas, ainsi que de nombreux entretiens ayant permis d'affiner avec plus de précision le diagnostic en objectivant directement certains comportements. Les diagnostics retenus sont clairement étayés comme leurs répercussions fonctionnelles. Les doutes qui pourraient persister sur certains faits sont aussi discutés et temporisés par les faits concrets rapportés et visualisés. Sa différence d'appréciation avec l'expertise C. _____ est aussi argumentée.

Dès lors nous suivons ces conclusions. A savoir les diagnostics incapacitants d'état de stress post-traumatique et troubles mixtes de personnalité narcissique, histrionique et paranoïaque avec une

[capacité de travail] nulle depuis 2014. [Limitations fonctionnelles] sus-décrites. Pas de traitement exigible. Pronostic d'amélioration peu favorable. »

Réagissant le 15 novembre 2024, la recourante a relevé que l'intimé acquiesçait aux conclusions de ses recours des 22 avril et 12 juin 2024.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposés en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 38 al. 4 LPGA et art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), les recours sont recevables.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité plus étendue que celle qui lui a été allouée par l'intimé.

Dans son écriture du 24 octobre 2024, l'intimé a modifié ses conclusions et proposé de réformer sa décision en ce sens que la recourante a droit, dès le 1^{er} avril 2022, à une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 91 %. Ce faisant, il a implicitement acquiescé aux conclusions de la recourante. Toutefois, en droit des assurances sociales, dans lequel prévaut la maxime d'office (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'acquiescement est en principe inopérant, en ce sens qu'il ne dispense pas le juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre

une décision sur le fond (cf. TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 2.1 ; 9C_149/2017 du 10 octobre 2017 consid. 1 et la référence citée).

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

La demande à l'origine des décisions litigieuses a été déposée en octobre 2021, en lien avec des atteintes à la santé anciennes. Le droit à la rente pouvait en conséquence prendre naissance au plus tôt le 1^{er} avril 2022, comme l'a retenu l'intimé.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

c) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas

atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24^{septies} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

aa) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux

d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} RAI).

dd) Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration

est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

e) En cas de violation, par l'assuré, de son devoir de collaborer à l'instruction (art. 43 al. 3 LPGA), l'assureur social peut, conformément au principe de proportionnalité, suspendre ses prestations, respectivement ne pas entrer en matière sur la demande, jusqu'à ce que l'assuré se déclare prêt à se soumettre sans réserve à l'expertise ordonnée par une décision entrée en force. Mais l'accord de l'assuré à la mesure d'instruction ordonnée, exprimé postérieurement au prononcé de la décision fondée sur l'art. 43 al. 3 LPGA, ne rend pas sans effet le refus initial ayant entraîné la non-entrée en matière. C'est pourquoi un recours dans lequel l'assuré se déclare après coup prêt à se soumettre à l'expertise envisagée doit, cas échéant, être considéré comme une nouvelle demande. Ce nouvel examen du droit à la prestation pour le futur permet, sous l'angle du principe de la proportionnalité, de prendre en considération le fait que la sanction décidée (en l'espèce, non entrée en matière) ne concerne que la période pendant laquelle l'assuré refuse de collaborer (cf. TF 9C_388/2022 du 24 avril 2023 consid.5.4.2 ; 9C_477/2018 du 28 août 2018 consid. 5.1 et les références citées).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux.

Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la quatrième demande de prestations et a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer la capacité de travail de la recourante. Dans la mesure où les trois précédentes demandes ont été rejetées en raison d'un manque de collaboration, il s'agit en réalité d'un premier examen et non d'une demande de révision au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas limité l'instruction à l'évolution de l'état de santé depuis la précédente demande de prestations, mais a procédé à une évaluation globale de l'état de santé depuis le début des atteintes à la santé annoncées par la recourante. Celle-ci a accepté de collaborer, de sorte que l'instruction a pu être menée à bien et une décision rendue. Il n'en demeure pas moins que les précédentes demandes ont été refusées et que la nouvelle demande ne peut concerner que le futur, avec un début du droit éventuel à la rente fixé conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, soit en l'occurrence au minimum six mois après le dépôt de la quatrième demande (cf. consid. 2a, ci-dessus).

b) Constatant que, dans sa dernière activité professionnelle salariée, la recourante travaillait au taux de 90 %, l'intimé a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage à l'issue de l'instruction médicale. Cette enquête a abouti à la conclusion que la recourante présentait un statut mixte, avec une part de 90 % consacrée à l'activité professionnelle et une part de 10 % aux travaux habituels (part dite « ménagère ») et que, dans cette dernière, le taux d'empêchement était de 5,83 %. Les résultats de cette mesure d'instruction ne sont pas remis en cause par la recourante et peuvent être confirmés.

c) Sur le plan médical, la recourante n'a émis aucun grief à l'encontre des rapports établis par les trois experts somaticiens de C._____. Les rapports médicaux des médecins et spécialistes traitants consultés par la recourante figurant au dossier sont peu étayés sur le plan médical et ne contiennent pas d'évaluation de la capacité de travail ni des limitations fonctionnelles. Les conclusions des expertises de médecine interne générale, pneumologie et rhumatologie reposent, pour chaque discipline, sur le dossier remis par l'intimé, sur un entretien avec la recourante, ainsi que sur un examen complet. Au cours des entretiens, la recourante a pu s'exprimer librement sur son état de santé et a été interrogée sur son anamnèse familiale, sociale, scolaire et professionnelle, ses antécédents médicaux et sur le déroulement habituel de ses journées. Les experts ont posé leurs diagnostics et donné une évaluation argumentée de la capacité de travail de la recourante. Ces rapports peuvent donc être suivis.

En revanche, la recourante a émis de nombreux griefs à l'égard de l'expertise psychiatrique du Dr W._____. Elle reprochait en particulier à ce spécialiste d'avoir qualifié ses propos sur les agissements du Dr V._____ d'éléments interprétatifs délirants, alors qu'il aurait pu obtenir toutes pièces utiles à établir la véracité de ses déclarations auprès de son avocat. A cet égard, il convient de relever que l'expert psychiatre de C._____ n'a pas qualifié d'éléments interprétatifs délirants l'ensemble des déclarations de la recourante, mais uniquement les propos portant sur l'appartenance de son agresseur à un réseau et les

représailles qu'il pourrait organiser si elle parlait de lui à des tiers. L'expert a cependant considéré que ces éléments étaient une manifestation de l'état de stress post-traumatique, dont il a admis l'existence en lien avec l'agression dont la recourante a fait part. Cela étant, il est constant que le Dr W._____ ne disposait pas d'un dossier complet à cet égard. La question de savoir s'il aurait dû prendre contact avec l'avocat de la recourante avant de rendre son rapport ou s'il incombait à la recourante de remettre cette documentation spontanément peut cependant rester indéfinie, de même que les autres griefs soulevés par la recourante, dès lors que l'intéressée a remis, en phase de recours, un rapport d'expertise psychiatrique établi dans le cadre d'une procédure judiciaire qui l'oppose au Dr V._____ sur le plan civil, dont la valeur probante est admise tant par la recourante que par l'intimé et le SMR.

Il est constant que la Dre J._____, mandatée par la Juge déléguée de la Chambre patrimoniale cantonale, a disposé de l'ensemble des pièces produites par les parties dans le cadre de la procédure judiciaire. Elle s'est par ailleurs fait remettre une copie du dossier de l'intimé, ainsi que le dossier médical constitué par le K._____. Elle s'est entretenue à plusieurs reprises avec la recourante et a pris contact, non seulement avec le Dr N._____, mais également avec les psychologues consultés par l'intéressée en 2016 et 2017. La Dre J._____ s'est adressée au K._____ dès lors que le Dr N._____ lui a parlé de deux hospitalisations en service psychiatrique lors de leur contact téléphonique (cf. pp. 18 et 29 du rapport d'expertise), informations qui n'ont jamais été mentionnées dans les rapports adressés à l'OAI. Résumé dans l'expertise (cf. p. 27 ss du rapport), le dossier du K._____ a montré que la recourante avait été hospitalisée à trois reprises en placement à fin d'assistance (PLAFA) dans un service de psychiatre en raison de crises d'agitation. Par ailleurs, alors qu'il se montrait extrêmement succinct dans ses rapports, le Dr N._____ a donné oralement à l'experte ses observations. Celles-ci résultaient d'un suivi thérapeutique à raison d'un entretien tous les quinze jours depuis 2015, au cours duquel il s'est efforcé d'accompagner l'intéressée sans la confronter pour ne pas rompre le lien. Il en découle que le rapport de la Dre J._____ comprend une anamnèse

très détaillée, bien plus complète que le rapport du Dr W._____, qui est intervenu, semble-t-il, à une époque où la recourante était disposée à collaborer mais se montrait encore très réticente à évoquer certaines facettes de sa personnalité. Cela étant, la Dre J._____ a confirmé le diagnostic de trouble de stress post-traumatique déjà retenu par le Dr W._____ et a également conclu à l'existence d'un trouble de la personnalité. Selon l'experte, le trouble de la personnalité s'est progressivement rigidifié dès 2009 en raison de déconvenues professionnelles, processus qui s'est renforcé avec les événements traumatiques vécus en 2012 (atteinte somatique entre janvier et août, agression en novembre) et ultérieurement. La Dre J._____ a longuement développé les raisons pour lesquelles elle retenait ces deux diagnostics et a précisé ce qui l'amenait à se détacher de l'appréciation du Dr W._____. Les motifs pour lesquels elle a conclu à une incapacité de travail totale dès 2014 sont également motivés. Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

d) Une incapacité de travail totale depuis 2014 étant démontrée, il en résulte un taux d'empêchement de 100 % dans la part active. Pondérés selon leur taux de répartition et additionnés, les taux d'empêchements dans la part active et dans la part ménagère déterminent un taux d'invalidité de $[(100 \% \times 90 \%) + (5,86 \% \times 10 \%) =]$ 91 % (chiffre arrondi ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ouvrant le droit à une rente entière (art. 28b al. 3 LAI) dès le 1^{er} avril 2022.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, les recours doivent être admis et les décisions litigieuses réformées, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 91 % dès le 1^{er} avril 2022.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer en tenant compte de la liste des opérations déposée le 6 décembre 2024 par Me Rocafort.

Il apparaît cependant que plusieurs opérations figurant dans la liste concernent la procédure administrative, puisqu'elles sont antérieures à la décision litigieuse. Certaines opérations ultérieures concernent également des démarches administratives et des contacts avec des tiers. Par ailleurs, le temps de travail facturé totalise plus de 40 heures, dont 4 heures 45 consacrées par Me Rocafort et le solde par un avocat-stagiaire. Cette durée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre. En particulier, le temps nécessaire à la rédaction du premier recours, soit plus de 11 heures, auquel s'ajoute la durée facturée pour la préparation du second recours, de contenu similaire, est excessif. Ainsi, tout bien considéré, il paraît équitable de réduire la liste des opérations à 3 heures pour Me Rocafort et 21 heures pour l'avocat-stagiaire, auxquelles s'ajoutent des débours fixés forfaitairement à 5 % de la participation aux honoraires du mandataire. Sur cette base, l'indemnité de dépens doit être fixée à 4'500 fr., débours et TVA compris (art. 10, 11 et 13 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1], et mise à la charge de l'intimée.

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Les recours sont admis.

- II. Les décisions rendues les 22 avril et 12 juin 2024 sont réformées, en ce sens que B._____ a droit à une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 91 % dès le 1^{er} avril 2022.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 4'500 fr. (quatre mille cinq cents francs) à B._____ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Rocafort (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :